

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Барадина И.Н., Манкевич С.М.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Парафункциональные проявления у взрослых довольно велики и составляют по данным разных авторов от 5 до 81%. Парафункции жевательных мышц проявляются в виде произвольных и слабо контролируемых пациентами сокращений мимической мускулатуры, прикусыванием губ, щек, языка, неправильной речевой артикуляцией.

По нашим данным основным механизмом в развитии парафункции является нарушение окклюзионных взаимоотношений в полости рта. К местным предрасполагающим факторам относится глубокий прикус, нарушение окклюзии, аномалии отдельных зубов и зубных рядов, вредные привычки орального характера, ошибки при протезировании (неправильное моделирование жевательных поверхностей коронок и искусственных зубов), преждевременные зубные контакты, потеря зубов.

Целью исследования явилась разработка и сравнительная оценка методов лечения хронической патологии жевательных мышц в синдроме парафункции.

Объекты и методы. В терапии 60 пациентов применяли комплекс воздействий, направленный на различные причины заболевания: лечебные ортопедические аппараты, рефлексотерапию, приём антидепрессантов и препаратов кальция. Все пациенты были разделены на 2 группы, которые нуждались в подготовке полости рта к предстоящему ортопедическому лечению. В 1-й группе пациентов использовали только лечебные аппараты (стандартную суставную шину, стабилизирующий аппарат в виде съёмных и несъёмных капп, небную пластинку, релаксирующую шину). Во 2-й группе использовали сочетание лечебных аппаратов с применением иглоукалывания, приёмом антидепрессантов и препаратов кальция («Кальцемин», «Кальцемин Адванс», «Дентовитус Са»).

Критерием оценки успеха проводимого лечения служили: сроки подготовки полости рта к ортопедическому лечению, время исчезновения болевых ощущений, улучшение общего самочувствия и увеличение работоспособности, выход из депрессивного состояния, координация работы элементов височно-нижнечелюстного сустава

(ВНЧС), правильное позиционирование в пространстве. Стандартные лечебные аппараты представлены на рисунках 1 и 2.

На рисунке 1а изображена ТМЖ – суставная шина или миофункциональный трейнер, которую применяли для снятия боли в области ВНЧС только ночью и за час перед сном. На рисунке 1б изображена ТМЖ^Р – жёсткая термопластическая суставная шина для дневного использования. На рисунке 2а изображена релаксационная шина после уточнения её границ и наложение на зубной ряд (рис. 2б). Применяли также индивидуально изготовленные или репозиционные шины, модифицируя частичный съёмный пластиночный протез окклюзионными накладками, которые перекрывали зубной ряд одной из челюстей на весь период лечения, корректируя их (рис. 3а). На рисунке 3б изображён припасованный и наложенный съёмный лечебный аппарат на нижнюю челюсть. Некоторым пациентам изготавливали несъемные назубные шины - каппы (рис. 4), окклюзионная поверхность которых моделировалась гладкой и без отпечатков антагонистов для обеспечения свободы движения нижней челюсти.

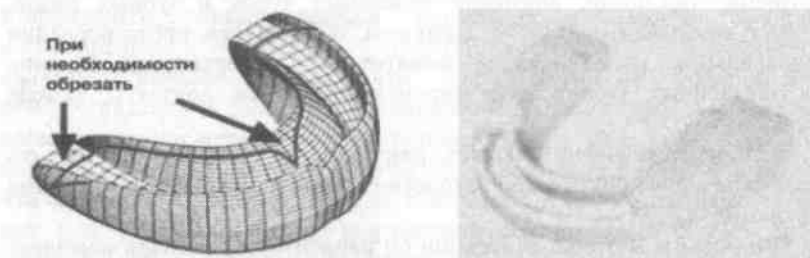


Рис. 1 Стандартные лечебные аппараты:

а - ТМЖ – суставная шина или миофункциональный трейнер;

б - ТМЖ^Р – жёсткая термопластическая суставная шина для дневного использования.

Из антидепрессантов с анальгезирующим действием рекомендовали приём феварина (флувоксамина), относящегося к ингибиторам обратного захвата серотонина в дозе 37,5-70 мг в сутки в течение 1-2 месяцев, снижая дозу препарата через месяц в два раза.

Рефлексотерапия в методе иглоукалывания была направлена на координацию функции жевательных мышц, нормализацию их тонуса, улучшение микроциркуляции, кровообращения, купирование боли.

Дистальные точки акупунктуры (ТА) седативной, миорелаксирующей, противоболевой, вегетативной направленности (E36, E41, E44, TR5, GJ4, MC6, VB34, VB39, F2, F3, R2, R3, RP6, P7, V40, V60), ТА «воротниковой» зоны (VB20, VB21, V11, GV14, JG14, JG15)

комбинировали с местно-локальными точками, расположенными в области триггерных зон проблемных мимических и жевательных мышц: JG18, JG19, E6, E7, VB2, VB3, VB4, VB5, VB6, PC9, TR21, TR22, TR23. Дополнительно воздействовали на аурикулярные точки: 5, 6, 11, 34, 35, 55, 95, 96, 97 по методике пролонгирования. Иглоукальвание проводили по тормозному методу (Т1-2), количество процедур – от 8 до 10.



Рис. 2 Стандартные лечебные аппараты:
а - релаксационная шина;



б - релаксационная шина после уточнения её границ и наложение на зубной ряд.



Рис. 3 Индивидуально изготовленные или репозиционные шины
а - модифицированный частичный съёмный пластиночный протез с окклюзионными накладками;



б - модифицированный частичный съёмный пластиночный протез с окклюзионными накладками, которые перекрывают зубной ряд нижней челюсти.

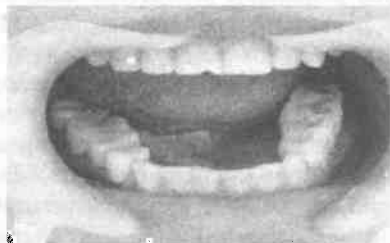


Рис. 4 Индивидуально изготовленные или репозиционные шины: несъемные на зубные шины - каппы.

Результаты. Во всех группах был получен терапевтический результат. Во 2-й группе наблюдалась выраженная положительная динамика: снижение интенсивности боли или полное её купирование, восстановление функции жевания, прекращение вокализации (щёлканье, звуки, шум) в суставе, исчезало ограничение подвижности нижней челюсти, улучшались сон и настроение.

Заключение. Лечебный комплекс, включающий применение ортопедических аппаратов в комбинации с иглоукалыванием, приёмом препаратов кальция и антидепрессантов в малых дозах достоверно повышает эффективность лечения парафункциональных расстройств. Требуется дальнейшее уточнение методики с целью прогнозирования рецидивов заболевания и его профилактики.

Литература.

1. Барадина, И.Н. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава съёмными аппаратами / И.Н. Барадина // Материалы 5 съезда стоматологов Беларуси «Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии». – Брест, 2004.
2. Комбинированные методы лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / И.Н. Барадина [и др.]. // *Medicina stomatologica. Publicatie oficiala a asociatiei stomatologilor din republica Moldova*. Chisinau. – 2007.